

# 問 診 票

下記の質問に正確に記入願います。

平成 年 月 日

ふりがな 氏名			男・大・昭・平 年 月 日生	血液型	型	紹介者		様
住所	〒 -			勤務先	電話 ( )			
自宅電話番号	-		-	職業				
携帯電話番号	-		-					
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 虫歯の治療がしたい <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 入れ歯をいれたい <input type="checkbox"/> 歯がかけた <input type="checkbox"/> はぐきが腫れた <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしたい <input type="checkbox"/> 前につめた物がとれた <input type="checkbox"/> 顎関節が痛む						<医師記入欄>	
いつ頃からですか	<input type="checkbox"/> 昨日から <input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> 一週間前から <input type="checkbox"/> 一ヶ月前から							
どの部分ですか	<input type="checkbox"/> 上前歯 <input type="checkbox"/> 下前歯 <input type="checkbox"/> 右上奥歯 <input type="checkbox"/> 右下奥歯 <input type="checkbox"/> 左上奥歯 <input type="checkbox"/> 左下奥歯							
どんな時ですか	<input type="checkbox"/> 冷たいもの <input type="checkbox"/> 甘いもの <input type="checkbox"/> 暖かいもの <input type="checkbox"/> 硬いものを噛むと <input type="checkbox"/> 歯が触れただけで <input type="checkbox"/> 何もしなくても							
どんなふうにですか	<input type="checkbox"/> ズキズキと <input type="checkbox"/> じわーんと <input type="checkbox"/> ズーンと <input type="checkbox"/> 心臓の鼓動と連動する様に							
麻酔の注射や歯を抜いたりして何か異常はありませんでしたか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある→	<input type="checkbox"/> 気分が悪くなる <input type="checkbox"/> 大量の出血 <input type="checkbox"/> 貧血になった (具体的に)					
薬や食べ物などのアレルギー、特異体質などはありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある→	<input type="checkbox"/> 薬で胃が痛くなったり、気分が悪くなる <input type="checkbox"/> じんま疹 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 他( ) (原因)					
現在、通院中の病院はありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある→	(病名) (医院名/医師名)					
現在、飲んでいるお薬はありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある→	(薬剤名)					
過去に入院または手術輸血の経験はありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある→	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 輸血 _____年前ごろ、病名( )					
治療方法のご希望は	<input type="checkbox"/> 全て保険の範囲内で治療したい <input type="checkbox"/> 場合によっては自費でも構わない(話を聞きたい) <input type="checkbox"/> 最も良い材料と方法で治療したい(自費治療)							
詰め物(銀歯など)を入れる際に麻酔は必要ですか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい						
この機会に	<input type="checkbox"/> 悪いところは全て治したい <input type="checkbox"/> 今、痛むところだけ治療したい							
(女性の方) 現在妊娠中ですか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい→	(妊娠何ヶ月ですか?) _____ヶ月 (出産予定日は?) _____年_____月_____日					
(女性の方) 現在授乳中ですか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい→	(1日の授乳回数) _____回くらい					
明細証は	<input type="checkbox"/> 必要ない <input type="checkbox"/> 毎回欲しい <input type="checkbox"/> 治療の最後にまとめて出して欲しい							
領収証は	<input type="checkbox"/> 必要ない <input type="checkbox"/> 毎回欲しい <input type="checkbox"/> 治療の最後にまとめて出して欲しい							
その他、要望等がありますか								